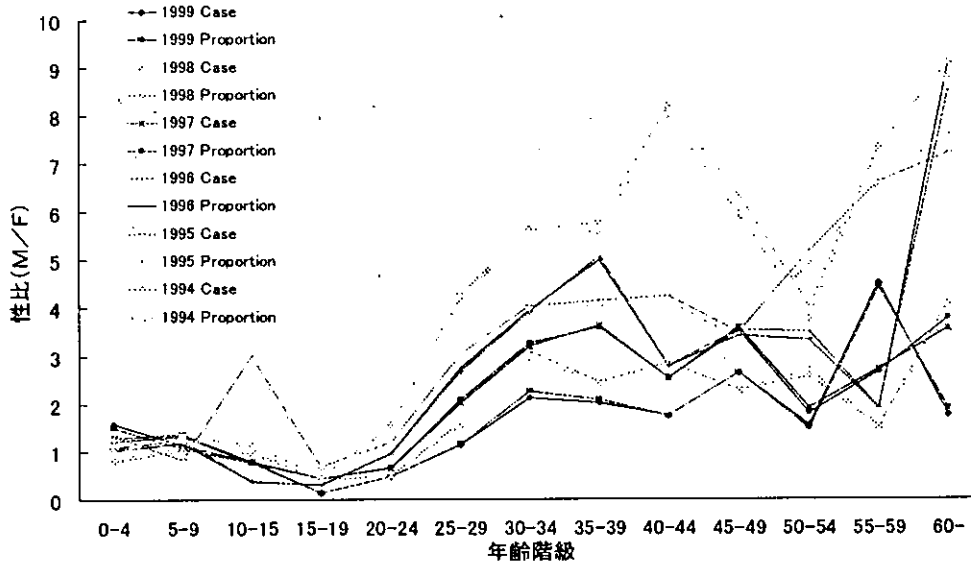


チエンライ年齢別患者割合性比と患者数性比の経年変化



感染経路別報告患者数の経年変化

Year	Sexual Transmission			IDU			Blood Transmission			Vertical Transmissin			Total		
	Male	Female	Ratio	Male	Female	Ratio	Male	Female	Ratio	Male	Female	Ratio	Male	Female	Ratio
1984	1	0		0	0		0	0		0	0		1	0	
1985	1	0		0	0		0	0		0	0		1	0	
1986	1	0		0	0		0	0		0	0		1	0	
1987	7	0		2	0		0	0		0	0		9	0	
1988	6	0		0	0		0	1	0.0	0	2	0.0	6	3	2.0
1989	33	3	11.0	6	0		1	0		1	1	1.0	41	4	10.3
1990	67	10	6.7	21	1	21.0	1	0		10	5	2.0	101	16	6.3
1991	345	32	10.8	41	0		3	1	3.0	36	35	1.0	438	70	6.3
1992	1104	122	9.0	133	3	44.3	8	2	4.0	64	70	0.9	1388	203	6.8
1993	4303	608	7.1	487	11	44.3	5	3	1.7	256	200	1.3	5620	894	6.3
1994	8867	1438	6.2	848	22	38.5	4	6	0.7	389	351	1.1	11035	1968	5.6
1995	11853	2448	4.8	1177	18	65.4	7	3	2.3	421	399	1.1	14677	3070	4.8
1996	2448	561	4.4	213	2	106.5	0	0		92	72	1.3	2969	671	4.4
Cumulative	29034	5222	5.6	2928	57	51.4	29	16	1.8	1269	1135	1.1	36287	6899	5.3

注) スペースの都合上、Unknown 列を載せていない。

出典: Epidemiology Division, Ministry of Health, Thailand (Data as of July 31, 1996)
 "Sex-Ratio Patterns of AIDS Patients in Thailand" by S. Rerks-Ngarm より引用

まとめ

- 国レベル、ZONEレベル、県レベル、年齢階級別にしても、経年的に、患者数性比が患者割合性比と非常に一致していることが分かった。
- したがって、男女の人口が極端に偏っていない集団において、患者数性比は患者割合(率)の代用として有用である。

HIV/AIDS の国際疫学情報収集と解析による危機管理の検討に関する研究

分担研究者：丸井英二

資料 II

タイ国におけるHIV/AIDS Case報告率と性比 の経時的変化の分析—チェンライ県について

坂本なほ子、丸井英二、野内英樹、山田紀男、
LASOSIRITAVORN Yongjua、NAMPAISAN Oranuch、島尾忠男

目 的

- これまでの研究から、HIV/AIDS感染に関して、女性の感染者率が比較的高い国では全体の感染者率が高く、逆に男性の感染者率が比較的高い国では全体の感染者率が低い傾向が見られた。
- この傾向が経時的変化であるのかを検討するために、流行の変化の大きいタイを取り上げ分析した。
- また、異なるレベル—国と県—で同様の傾向が見られるのかについて調べた。
- 現在、タイの全国データを分析中である。今回は、中間報告としてチェンライ県のデータの結果を報告する。県内データで年齢別の分析も行った。

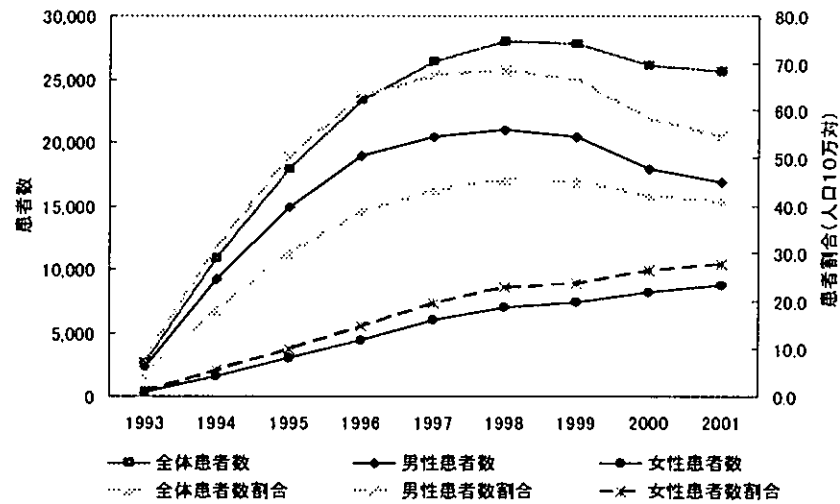
方 法

- 国レベルのデータとして、タイ保健省の疫学局で収集されている各暦年の各県からのAIDS患者報告(1993年-2001年)を利用した。
- また、チェンライ県におけるAIDS及び有症状HIV症例のサーベイランスデータ(1991年-1999年)について報告数・性比の経時変化を観察した。人口はNational Statistics Officeがホームページで提供するものを利用した。
- なお、患者割合は各年の人口10万あたりの患者数(一般的に率と表すことが多い)とする。

結果と考察

- タイ全体では、男性患者数や患者割合は1998年にピークとなりその後減少傾向を示しているが、女性患者数や患者割合は遡増している。また、患者割合性比は減少している。
- チェンライでは、男女患者数や男女患者割合は増加の傾向を示している。患者割合性比は、91年から遡減している。
- 患者割合と患者割合性比には、タイ全体でもチェンライでも、経年変化として、割合が上昇すると性比が低下する傾向が見られた。
- 年齢別に性比の年次変化をみると、垂直感染が主要経路と考えられる小児では性比が1近辺で一定であった。
- 全体的な傾向として、経年的に性比は低下していた。

タイ患者数と患者割合の経年変化

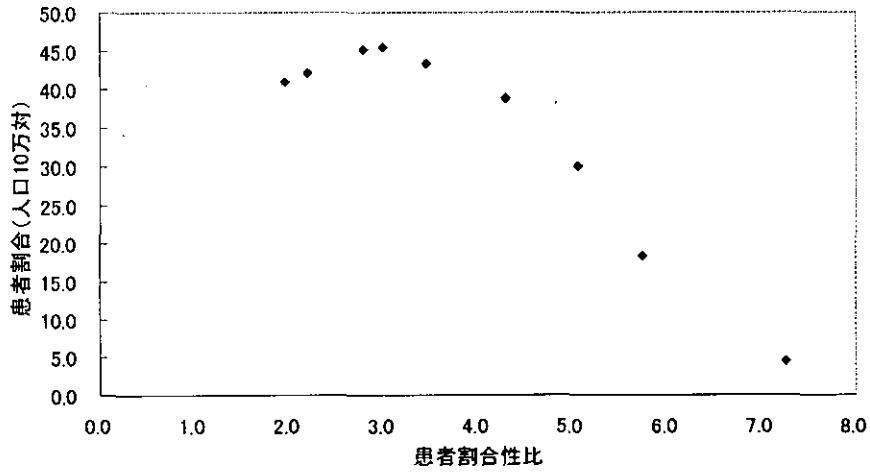


タイ患者数と患者数性比および 患者割合と患者割合性比の経年変化

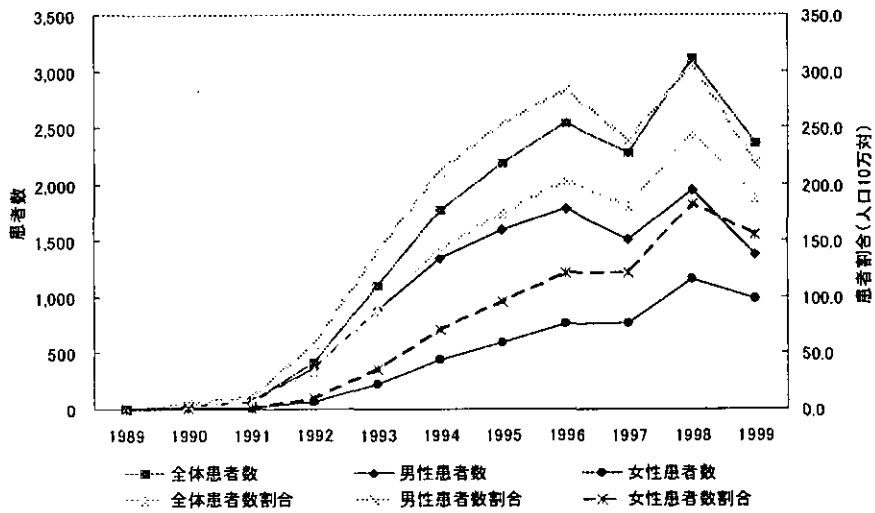
Year	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
合計患者数	2,582	10,827	17,867	23,321	26,364	27,950	27,793	26,092	25,554
男性患者数	2270	9,224	14,913	18,901	20,413	20,911	20,413	17,870	16,848
女性患者数	312	1603	2954	4420	5951	7039	7380	8222	8706
性比 (M/F)	7.3	5.8	5.0	4.3	3.4	3.0	2.8	2.2	1.9
全体患者割合	4.4	18.3	30.0	38.8	43.4	45.5	45.1	42.2	41.0
男性患者割合	7.8	31.2	50.2	63.1	67.4	68.4	66.6	58.2	54.5
女性患者割合	1.1	5.4	9.9	14.7	19.5	22.8	23.8	26.4	27.7
患者割合性比 (M/F)	7.3	5.8	5.1	4.3	3.5	3.0	2.8	2.2	2.0

注) 患者割合は各年の人口10万あたりの患者数 (一般的に率と表すことが多い)

タイ患者割合と患者割合性比



チェンライ患者数と患者割合の経年変化

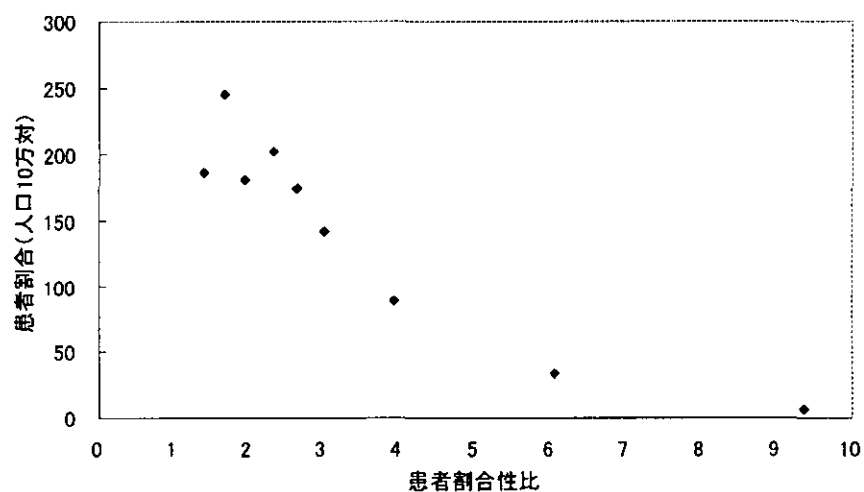


チェンライ患者数と患者数性比および 患者割合と患者割合性比の経年変化

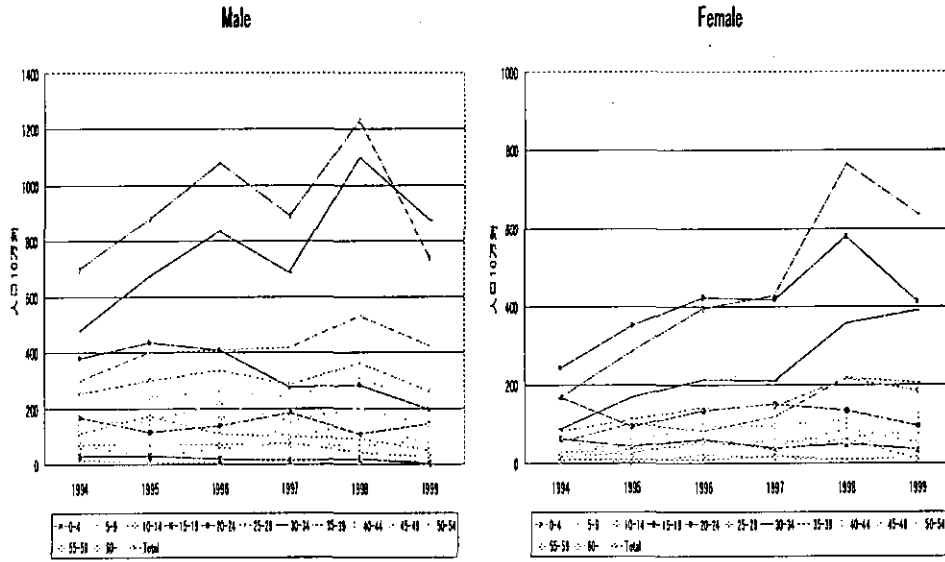
Year	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
全体患者数	2	32	63	415	1,102	1,774	2,183	2,532	2,275	3,103	2,357
男性患者数	1	26	57	358	884	1,340	1,592	1,780	1,508	1,948	1,376
女性患者数	1	6	6	57	218	434	591	752	767	1,155	981
性比 (M/F)	1.0	4.3	9.5	6.3	4.1	3.1	2.7	2.4	2.0	1.7	1.4
全体患者割合	0.2	3.1	6.0	33.8	88.7	141.7	174.7	202.0	180.4	244.6	186.3
男性患者割合	0.2	5.0	10.8	57.2	140.4	211.6	253.0	282.7	238.4	306.5	217.5
女性患者割合	0.2	1.2	1.2	9.4	35.6	70.2	95.3	120.6	122.0	182.5	155.1
患者割合性比 (M/F)	1.0	4.3	9.4	6.1	3.9	3.0	2.7	2.3	2.0	1.7	1.4

注) 患者割合は各年の人口10万あたりの患者数 (一般的に率と表すことが多い)

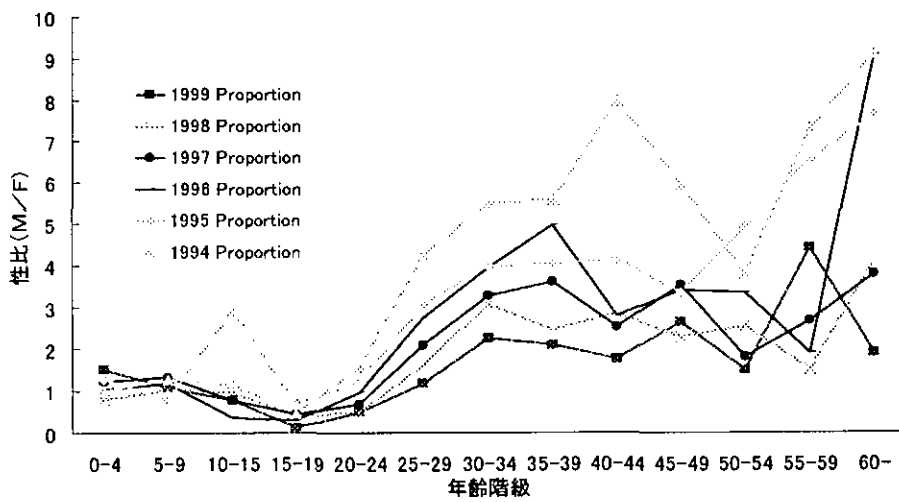
チェンライ患者割合と患者割合性比(1991-99)



年齢別患者割合の経年変化



年齢別患者割合性比の経年変化



おわりに

- 患者割合が上昇すると性比が低下する傾向は、経年的変化として観察された。
- また、その傾向は国レベルでも県レベルでも見られた。
- 今後、2001年までのデータを活用して、流行の時期・程度、地域、感染経路、社会経済的(民族、職業)などの要因と性比の分析を進めている。

1984-1996年のタイ全体の報告患者では、労働者(44%)、農業(23%)、主婦(3%)、子供(6%)、無職(3%)、その他(15%)、不明(23%)となっていた。

出典: Epidemiology Division, Ministry of Health, Thailand "Sex-Ratio Patterns of AIDS Patients in Thailand" by S. Rerks-Ngarm より引用

- 性比については12日のポスターで詳しく報告しているので、そちらを参考にして下さい。

厚生労働科学研究費補助金（エイズ・結核研究事業）

分担研究報告書

アジア太平洋地域における国際人口移動から見た危機管理としての
HIV 感染症対策に関する研究

カンボジアの新規結核患者における輸血関連ウイルスの陽性率に関する研究

分担研究者 吉原なみ子 国立感染症研究所エイズ研究センター第二室長

研究要旨

カンボジア全 24 州において、2003 年 1 月中に発生した新規結核患者 2244 人について、HIV をはじめとする輸血関連ウイルス 5 項目の感染状況を調査した。更に HIV-1 に関して分子系統樹解析を行いその感染ルートを検討した。各項目の陽性率の全国平均は HBsAg : 10.2%、TP : 20.4%、HCV : 9.8%、HIV-1/2 : 11.8%、HTLV-1 : 0.0%、全ての項目が陰性だったものは 56.7%となった。HIV の陽性率は首都プノンベンが最も高く、またタイとの国境付近でも高い傾向にあった。また HIV 陽性者の 95.4%が CRF01_AE で (226/237)、サブタイプ B が 3.8% (9/237)、その他 CRF02_AG (0.4%、1/237) とサブタイプ B と CRF01AE でサブタイプが一致せず重感染等が疑われる例もあった (0.4%、1/237)。以上のことから、カンボジアにおける HIV-1 の感染ルートはタイからの影響が強いことが示唆された。

A. 研究目的

今回我々は近年アジアでもっとも急速に HIV 感染者が増加しているカンボジアにおいて、新規結核患者中の HIV をはじめとする輸血関連ウイルス 5 項目の感染状況を調査、また HIV-1 に関して分子系統樹解析を行いその感染ルートを検討した。

B. 研究方法

今回の調査はカンボジアの全 24 州から集められた、2003 年 1 月中に発生した新規結核患者 2244 人の血清について、シスメックス株式会社の検査試薬「ランリーム」を用い HBs 抗原、TP 抗体、HCV 抗体、HIV-1/2 抗体、HTLV-1 抗体の検査のスクリーニング

検査を行った。スクリーニング陽性検体については、HIV はジェンスクリーン HIVAg-Ab (ELISA)、ジェネディア HIV1/2 ミックス PA 及びダイナスクリーン HIV-1/2 (ICA) にて、また HIV 以外の 4 項目については吸収試験にてそれぞれ確認検査を実施した。また HIV-1 陽性者の血清 50 μ L から RNA を抽出し、RT-PCR 法により HIV-1 の gag (p24) 及び env (V3) 領域を増幅後、塩基配列を決定し分子系統樹解析を行った。

C. 研究結果

各項目の陽性率の平均は HBsAg : 10.2%、TP : 20.4%、HCV : 9.8%、HIV-1/2 : 11.8%、HTLV-1 : 0.0%、全ての項目が陰性だったも

のは 56.7%となった (表 1)。州別では首都 Phnom Penh が 33.5%ともっとも高く、他に高値を示した地域は、タイとの国境ゲートがある Pailin が 33.3%、タイ側に位置する国際港・Sihanoukville Port 周辺地域の Kompong Som で 33.3%、Krong Kep で 25.0%、またタイ国境ゲートの港がある Koh Kong の 19.0%が順にあげられ、前回の調査結果と同様に、カンボジアにおける HIV-1 の感染ルートはタイからの影響が強いことが示唆された (図 1)。

HIV 陽性者の男女比は男性が 60.0%、女性が 38.5%で、年齢別には 30 代の陽性者が多く、46.0%を占めていた。また HIV 陽性検体のうち RT-PCR 法によりバンドが検出されたものは 237 例あり CRF01_AE が 226 例、サブタイプ B が 9 例、CRF02_AG が 1 例、gag 領域でサブタイプ B、env 領域で CRF01AE とサブタイプが一致せず重感染等が疑われる例が 1 例あった (表 2)。今回サブタイプ B に分類されたグループは、env 領域で全例ベトナムの B のグループとクレイドを形成しており、タイ B のクレイドとは離れて分類された。サブタイプ別に陽性者を比較すると、CRF01_AE とサブタイプ B のグループでは男女比・年齢分布に若干差が生じた。男女比は CRF01_AE で 3 対 2 であるが、サブタイプ B では男女比がほぼ等しく、年齢分布も CRF01_AE が 30 代をピークにして全体に広がっているのに対しサブタイプ B は 40 代以下にしか見られなかった。

D. 考察

カンボジアにおける新規結核患者の輸血関連ウイルスの感染率は HTLV-I を除き、10%以上の高率であり、感染ルートの解明および、予防対策が必要である。また、今

回はサブタイプ B が 9 例と数が少ないことから、サブタイプの違いによる感染状況の差については今後も調査が必要であると思われる。

E. 結論

カンボジアの新規結核患者における HIV の陽性率は平均 11.8%であった。これはカンボジアの成人の HIV 陽性率 2.7%と比べて明らかに高く、カンボジアにおいても HIV 感染が結核感染の拡大に影響を与えている事が示唆された。また今回の調査によりカンボジアの HIV の感染ルートはタイからの侵入が大部分を占めているということが推測された。HIV 感染の拡大が結核患者を拡大させ、また同時に結核がエイズの主要な日和見感染として問題になっている今日、この HIV/結核問題に地球規模で取り組む必要があり、今後日本が果たすべき国際協力の課題が増えて行くと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 研究発表

坂本優子、宮地峰輝、香川孝司、高浜洋一、浜口行雄、野内英樹、田村深雪、小野崎郁史、吉原なみ子 カンボディアの新規結核患者における輸血関連ウイルスの陽性率第 17 回日本エイズ学会 (演題 10099)、2003 年 11 月、神戸

H. 知的所有権の取得状況

特になし

表1. カンボジアの新規結核患者における輸血関連ウイルス州別陽性率

	州	検査数	HBsAg	TP	HCV	HIV-1/2
A	Oudor Meanchey	31	0.0%	45.2%	12.9%	12.9%
B	B.Meanchev	86	10.5%	18.6%	9.3%	11.6%
C	Siem Reap	216	10.2%	33.3%	10.2%	12.5%
D	Preah Vihear	27	7.4%	22.2%	11.1%	3.7%
E	Stung Treng	15	13.3%	26.7%	6.7%	6.7%
F	Rattanakiri	10	20.0%	20.0%	10.0%	10.0%
G	Pailin	6	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%
H	Battam Bang	105	10.5%	20.0%	6.7%	13.3%
I	Pursat	72	20.8%	26.4%	15.3%	5.6%
J	Kq Chnnang	109	13.8%	34.9%	18.3%	5.5%
K	Kq Thom	115	12.2%	24.3%	7.0%	1.7%
L	Kq Cham	205	7.8%	17.6%	5.9%	5.4%
M	Kratie	47	8.5%	27.7%	14.9%	12.8%
N	Mondul Kiri	6	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%
O	Koh Kong	21	19.0%	14.3%	14.3%	19.0%
P	Kq Speu	105	4.8%	22.9%	8.6%	2.9%
Q	Kq Som	33	18.2%	12.1%	9.1%	33.3%
R	Kampot	77	7.8%	14.3%	15.6%	7.8%
S	Krong Kep	4	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%
T	Takeo	137	7.3%	25.5%	7.3%	6.6%
U	Phnom Penh	281	9.6%	15.3%	10.3%	33.5%
V	Kandal	155	11.6%	16.8%	8.4%	10.3%
W	Prey Veng	210	11.4%	13.3%	6.7%	10.5%
X	Svay Rieng	166	9.0%	7.8%	9.0%	4.2%
	Unknown	5	-	-	-	-
合計		2244	10.2%	20.4%	9.8%	11.8%

図1. カンボジアの新規結核患者におけるHIV陽性率

Prevalence of HIV among TB Patients in Cambodia, Jan 2003

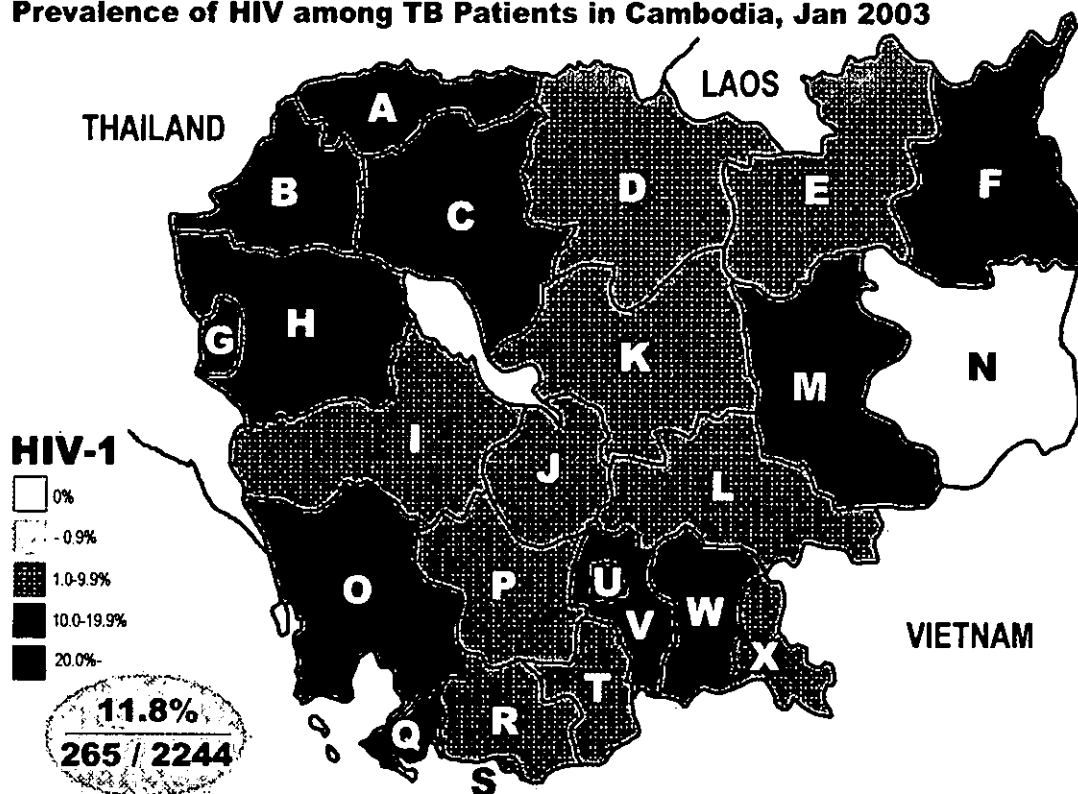


表2. HIV-1サブタイプ

Subtype (gag/env)	sex			Total
	Male	Female	Un-known	
CRF01 AE / CRF01 AE	135	87	4	226
CRF02 AG / CRF02 AG	1	0	0	1
Subtype B / Subtype B	4	5	0	9
Subtype B / CRF01 AE	1	0	0	1
Total	141	92	4	237

厚生労働科学研究費補助金（エイズ・結核研究事業）

分担研究報告書

アジア太平洋地域における国際人口移動から見た危機管理としての
HIV 感染症対策に関する研究

先進国の A I D S / H I V の動向と流行格差について
－平成 15 年度報告－

分担研究者 鎌倉光宏（慶應義塾大学看護医療学部／医学部・慶應義塾大学病院感染症クリニック）

研究協力者 小松隆一（国立社会保障・人口問題研究所人口動向研究部）

Karen Stanecki Delay (Health Studies Branch, U.S. Bureau of the Census International Programs
Center and Demographics and Related Data Social Mobilization and Information Department,
UNAIDS)、

Gilles Pומרol (HIV/AIDS Department, WHO)、

Francois Hamers (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS)、

Barry Evans (Health Protection Agency, United Kingdom)

研究要旨

本分担研究者は HIV/AIDS に係わる政策分析の中で HIV/AIDS サーベイランスシステムについて先進諸国との比較を行った。本年度は特に症例報告のみならず非特定匿名血清疫学調査や CD 4 陽性 T リンパ球数調査など一般人口を対象とした多角的調査を組み合わせたサーベイランスが行われ感染者・患者捕捉の率が高いと思われる英国のシステムについて検討し、流行の動向の差異、わが国のサーベイランスシステムとの相違などにつき考察を加えた。

わが国の A I D S 患者数報告の変化を見ると他の先進諸国に認められたプロテアーゼ阻害剤の抗レトロウイルス療法への導入開始を主要因とする 1995 から 1996 年以降の患者報告の減少は認められず、患者報告数は上昇を続け、現在も上昇局面にあると判断される。わが国ではサーベイランスにおける感染者から患者への転症の報告率が極めて少なく、また転症報告が任意であることから、A I D S 死亡報告が過少であると推察されること、更に感染者・患者届出書式にイニシャル、Soundex、生年月日などの Case Identifier が無いことから死亡者の年次報告の推移を見ることができず、HAART の死亡率に与える影響も直ちに判定することができない。

英国のように多層の種類異なるサーベイランスを行うことにより、Case Identifier を活用した重複報告の検出、病態変化（転症）の追跡、少数の医療機関ベースに拠らない死亡率の算出、新規薬剤の効果判定などが可能になる。わが国においては、とくに死亡報告の届出率を上昇させる努力が必要で少なくとも他先進国並の年次死亡報告数を正確に把握する具体的な届出方法を求めて行くべきであると考えられた。

A. 研究目的

世界のH I V流行は、幾つかの発展途上国および先進国の特定集団を除いて依然拡大傾向にあり、性質の異なる様々な成熟段階の数多くの流行から構成され、複雑さを増している。わが国のH I V感染者報告件数は増加傾向にあり、またA I D S患者報告数もごく短期間を除いて増加基調にある。先進国の中でも感染拡大の動向は異なり、1995? 1996年のプロテアーゼ阻害剤の抗レトロウイルス療法への導入により多くの先進国では患者の年次報告数は減少傾向にあるが、H I V感染の罹患についてはわが国同様の増加傾向が見られる国もあり、また感染者に関する疫学情報が不十分で近年の動向を把握できない国も少なくない。以上のような状況を踏まえ、先進国の中でも、症例報告のみならず非特定匿名血清疫学調査やC D 4陽性Tリンパ球数調査など一般人口を対象とした多角的調査が組み合わせて行われ感染者・患者捕捉の精度が高いと思われる英国のシステムについて検討し、わが国のサーベイランスシステムとの相違などに付き考察を加えることを目的とした。

B. 研究方法

H I V感染の現状と今後の動向について、比較的最新の資料であること、他の研究においても引用されることが多いこと、その作成の一部に本分担研究者も関与していることなどから、特に以下の資料を選び、検討した。

AIDS epidemic update: December 2003,
UNAIDS
AIDS epidemic update: December 2002,
UNAIDS
WHO Weekly Epidemiological Record. ,
No. 49, 2002, 77, 417-430

The Status and Trends of the HIV/AIDS/
STI epidemics in Asia and the Pacific,
Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)
Network, 2001
Report on the global HIV/AIDS epidemic,
UNAIDS, 2002
The Status and Trends of the HIV/AIDS
epidemics in the World, Monitoring the
AIDS
Pandemic (MAP) Network, 2002
AIDS/HIV Quarterly Surveillance Tables,
Cumulative UK Data to end December
2003,
Health Protection Agency, HIV/STI
Department , Communicable Disease
Surveillance Centre etc. , UK January 2004
HIV/AIDS Surveillance in Europe,
Mid-year
report 2003, European Centre for the
Epidemiological Monitoring of AIDS,
No.69
2003

その他、数は限られているが、各国政府のH I V/A I D S関わる機関の季刊・年間の報告、国際会議などにおいて個人的関係を通じて得たデータなども整理・検討した。U N A I D S , C D C (米国), Health Protection Agency (英国), European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDSについては、インターネット上のwebsite情報も参考にした。なお、国際機関発行物の数値と各国年報などの数値が微妙に異なる場合には、各国年報の数値の信頼性を優先した。

C. 研究結果

H I V感染者数、A I D S患者数、A I D S死亡者数の年次報告の変化をヨーロッパ主要先進国を中心に見ると、各国ともプロテアーゼ阻害剤の抗レトロウイルス療法への導入が始まった1995から1996年以降の

患者報告数および死亡者数の減少が認められる。減少の動向は大差がないがスペインの報告数はイタリア、フランスの約2倍に達し、ドイツ、英国の患者・死亡者報告数が相対的に少ないことが判る(図1, 2)。HIV感染罹患患者数についてはドイツおよび英国での報告があるのみで、他の諸国では感染者の動向については血清陽性率の報告が中心となる。HIV感染者はドイツでは減少傾向にあったが、2002年には再度増加傾向が見られ(図1)、英国では2003年には減少したものの1990年代の後半から2002年まで持続的に上昇している(図3)。わが国の感染者・患者の年次報告数はほぼ一貫して増加基調にあり(図4)、感染経路別の感染者の動向を観ると、近年の異性間性的接触(男性)の漸増傾向などは共通しているが、英国に見られる異性間性的接触(女性)の急増はわが国では認められない。また同性間性的接触(男性)の急増はHIV感染者のデータが得られる英国、ドイツとは異なる傾向でわが国特有の現象であるといえる(図5?7)。

英国におけるHIV/AIDSサーベイランスシステムの主要なものを表1に示したが、とくにHIV/AIDS症例報告については氏名コード(Soundex)の活用により病態変化、とくに死亡例についての見逃しが少なくなるような工夫が為されている。死亡者の絶対数は両国でかなり異なるが、AIDS死亡月報も発行されている。また過去の未報告のAIDS症例についてもわが国以上に初診時の状況を追跡する努力が認められる。流行の最新の動向については新規HIV感染診断臨床検査報告が行われており、主たる感染経路の増減につい

ても新しい情報が持続的に得られるシステムが構築されている。

また全国規模ではないがロンドンを中心として、検査の際に生ずる残余血や唾液を用いたUnlinked Anonymous SurveyをSTIクリニック受診者、静脈薬物濫用者およびその既往のある者、風疹の抗体検査受検者、新生児代謝異常のマス・スクリーニング検査受検者、血液型検査目的の妊婦などを対象に幅広く行っており、さまざまな集団の血清陽性率のデータを集積し、各種曝露集団の数を推定することと合わせて未診断の者を含めたHIV感染者の総数を推定することが比較的容易になっている。

英国におけるHIV感染サーベイランスの手続きを経時的にまとめたものが図8であるが、わが国と比べて幾つかの相違点が認められる。HIV感染診断では医師からの届出に加えて検査機関からの報告も取り入れるようになっており、重複報告はSoundexによりかなりの率で防ぐことができる。同様にAIDS死亡についても医師の届出以外に国家統計局の死亡報告も取り入れられるようになっており見逃しを少なくする工夫が為されている。以上のような通常の届け出システムに加えて前述のUnlinked Anonymous Survey

とCD4陽性Tリンパ球数のサーベイランスも行われている。わが国の場合、研究班ベースで献血における抗体陽性件数、また都道府県により実施率がかなり異なるが妊婦を対象とした自由意志によるHIV抗体検査が持続的に行われているが、その他の人口集団を対象としたサーベイランスは年度によって異なり、必ずしも持続的に行われていない。HIV感染のサーベイヤ

ンスについて各段階で複数の調査方法を活用することにより捕捉率を上昇させる工夫が為されている点が英国のサーベイランスの特徴であると言える。

D. 考察

わが国ではHIV感染症を含むAIDSは、1999年施行、2003年改正の感染症法で第5類に分類されており、独自の届出書式を有するものの、当該者の氏名、職業、住所、所在地などの記載欄はない。

わが国のAIDS患者数報告の変化を見ると他の先進諸国のような1995から1996年以降の患者報告の減少は認められず、現在も上昇局面にあると判断される。サーベイランスにおける感染者から患者への転症の報告率が極めて少なく、任意報告であることもあり死亡報告が過少であると推察されること、更に感染者・患者届出書式にインシヤル、Soundex、生年月日などのCase Identifierが無いことから死亡の変化曲線を描くことができず、HAARTの死亡率に与える影響を直ちに判定することができない。わが国の場合、原死因が明らかにAIDSと考えられる場合でも、死亡診断書に「免疫不全による肺炎」、「重症肺炎」、「重症感染症」などと記載される可能性があり、本疾患によらず死亡診断書記載の病名が必ずしも実態を示していない可能性についても検討する必要がある。転症報告と死亡診断書を併せて見ることができないと正確な死亡数を導くことはできないものと考えられる。

英国およびドイツでは近年、患者年次報告における男女性比が漸減し、英国 1.26 (2003年)、ドイツ 3.38 (2002年7月? 2003

年6月)である。これに対して日本は5.64 (2001年)、6.70 (2002年)でかなり差が認められる。性比が単純に流行の成熟度を示すものではないが、2つの先進国に比べて日本は未だ数年遅れの状況と見なすことも可能である。

いかなる患者・感染者サーベイランスを行うにせよ、とくに感染者については診断の見逃し、届出の過少および届出の遅れによる過少報告が存在する可能性について常に考慮する必要があるが、英国のように多層の種類異なるサーベイランスを行うことにより、Case Identifierを活用した重複報告の検出、病態変化(転症)の追跡、少数の医療機関ベースに拠らない死亡率の算出、新規薬剤の効果判定などが可能になる。わが国においてはとくに死亡報告の届出率を上昇させる努力が必要で、少なくとも他先進国並の年次死亡報告数を正確に把握する具体的な方策が求められている。

E. 結論

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

鎌倉光宏：感染情報システム、宮川祥子、藤井千枝子編、情報科学、p211?216
ヌーヴェルヒロカワ、東京、2003

鎌倉光宏：HIV感染症の疫学に関する研究、島尾忠男編(主任研究者)、HIV感染症の疫学に関する研究?世界のAIDS流行格差の要因の分析、p28?41、

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業総括報告書、2003

鎌倉光宏：感染症の疫学と予防、予防医学・公衆衛生学、pp 174-178、南江堂、東京、2003年10月

鎌倉光宏：エイズ対策、産業医の職務（厚生労働省労働衛生課 監修） pp 225-230、(財)産業医学振興財団、東京、2003年10月

Masahiro Kihara, Mitsuhiro Kamakura, Mitchell D. Feldman: HIV/AIDS surveillance in a New Era, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes:32 S1,p1-2, 2003年2月

Masahiro Kihara, Masako Ono-Kihara, Mitchell D. Feldman, Seiichi Ichikawa, Shuji Hashimoto, Akira Eboshida, Taro Yamamoto, Mitsuhiro Kamakura: HIV/AIDS Surveillance in Japan, 1984-2000, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes:32 S1,p55-62, 2003年2月

鎌倉光宏：HIV感染症/AIDS、現状と予測、臨床と研究、80(5):827-831, 2003年5月

鎌倉光宏：世界と日本におけるAIDSの動向、Vita、20(4):28-32, 2003年7月

鎌倉光宏：感染症と社会、三田社会学 8、25-36, 32, 2003年7月

鎌倉光宏：アジア地域におけるHIV

感染症・AIDSの動向と予測、Confronting HIV2003:23: 8-10, 2003年8月

鎌倉光宏：AIDS情報(403)、世界の地域別状況と動向(1)、中南米およびカリブ海諸国、週間保健衛生ニュース、1223, 38, 2003年9月

鎌倉光宏：AIDS情報(404)、世界の地域別状況と動向(2)、ハイチ共和国、週間保健衛生ニュース、1225, 46, 2003年9月

鎌倉光宏：AIDS情報(405)、世界の地域別状況と動向(3)、ドミニカ共和国、週間保健衛生ニュース、1227, 38, 2003年10月

鎌倉光宏：AIDS情報(406)、世界の地域別状況と動向(4)、ブラジル、週間保健衛生ニュース、1229, 46, 2003年10月

鎌倉光宏：AIDS情報(407)、世界の地域別状況と動向(5)、ペルー、週間保健衛生ニュース、1231, 44, 2003年11月

鎌倉光宏：SARSと社会の対応、治療学、37(11):1160-1161, 2003年11月

鎌倉光宏：AIDS情報(408)、世界の地域別状況と動向(6)、中米諸国、週間保健衛生ニュース、1233, 46, 2003年11月

月

鎌倉光宏：A I D S情報 (409)、世界の地域別状況と動向(7)、メキシコ、週間保健衛生ニュース、1235, 44、2003年12月

鎌倉光宏：A I D S情報 (410)、世界の状況と動向(1)、週間保健衛生ニュース、1237, 46、2003年12月

鎌倉光宏：A I D S情報 (411)、世界の状況と動向(2)、週間保健衛生ニュース、1241, 46、2004年1月

鎌倉光宏：A I D S情報 (412)、世界の状況と動向(3)、週間保健衛生ニュース、1243, 46、2004年2月

鎌倉光宏：A I D S情報 (413)、世界の状況と動向(4)、東ヨーロッパと中央アジア1、週間保健衛生ニュース、1245, 46、2004年2月

鎌倉光宏：A I D S情報 (414)、世界の状況と動向(5)、東ヨーロッパと中央アジア2、週間保健衛生ニュース、1247, 44、2004年3月

R Komatsu, M Kamakura, K-H Choi, W McFarland: AIDS, HIV, and STD among Japanese and Japanese-Americans in San Francisco, California, USA, International Journal of STD & and AIDS, 14, 704-709, 2003

S.Kato, Y.Saito, R.Tanaka Y.Hiraishi
N.Kitamura T.Matsumoto H.Hanabusa
M.Kamakura Y.Ikeda and M. Negishi:
Differential Prevalence of HIV-1 Subtype B
and CRF01_AE among Different Sexual
Transmission Groups in Tokyo, Japan, as
Revealed by Subtype-specific PCR, AIDS
Research and Human Retroviruses, 19(11)
1057-1063, 2003

2. 学会発表

Mitsuhiro Kamakura: Tuberculosis and HIV infection, Group training course in managing tuberculosis at international level FY2003, Institute of Tuberculosis, Japan, 2003年7月、東京

Mitsuhiro Kamakura:: HIV/AIDS in the world, Seminar of AIDS preventive measures in Vietnam, Biomedical Science Association, 2003年7月、東京

Mitsuhiro Kamakura:, The current status and trends of HIV/AIDS in the world Preventive measures against HIV transmission in Nigeria, FY2002、2003年9月、札幌

Mitsuhiro Kamakura: Epidemiology of HIV/AIDS and other infectious diseases in Japan, Preventive measures against HIV transmission in Nigeria, FY2003、2003年9月、札幌

鎌倉光宏：H I V感染症と職域の対策、平成15年度第2回保健師・看護師研修会マスターコース、2003年9月、東京